



# CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTOS DE SURDOS

Filiada ao International Committee of Sports for the Deaf (ICSD)  
Panamerican Deaf Sports Organization (PANAMDES)  
Confederación Sudamericana Deportiva de Sordos (CONSUDES).  
Integrante do Conselho Nacional de Esporte.

Fundada em 17 de novembro de 1984 | CNPJ nº 28.636.504/0001-11 | cbds@cbds.org.br | www.cbds.org.br  
Endereço Sede: Rua Tenente Brito de Melo, 433, sala 403. Barro Preto, 30.180-070, Belo Horizonte/MG

Transparência + Gestão + Resultado

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_,

inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado a

\_\_\_\_\_, praticante em  
qualquer uma das modalidades organizadas pela CBDS e vinculado à

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) e sob a matrícula

da CBDS nº \_\_\_\_\_, solicito autorização anual à Confederação Brasileira de Desportos de Surdos – CBDS  
minha participação em qualquer evento desta Confederação em que a minha associação ou federação efetuar  
inscrição.

Declaro, sob as penas da lei que:

1. Que estou em plenas condições físicas e de saúde, e não possuo qualquer impedimento para competir nas modalidades esportivas da CBDS;
2. Que consultei e consulto profissionais da saúde regularmente e eles permitiram e incentivam a prática desportiva;
3. Que estou ciente que a prática esportiva pode causar acidentes com lesões, isentando, desta forma, a CBDS e as Federações de qualquer responsabilidade civil advinda desta competição;
4. Que assumo individualmente todas as responsabilidades financeiras relativas à minha participação em todas as competições, no que tange a danos causados à organização e/ou a terceiros.
5. Que estou ciente e assumo os riscos de contaminação em função de qualquer pandemia como COVID-19 e demais doenças, e seguirei o protocolo de saúde e outras normativas federais, estaduais e municipais vigentes.

Tendo feito esta declaração de livre e espontânea vontade, firmo o presente termo de forma conjunta, na presença de duas testemunhas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Surdoatleta ou Membro Com. Técnica**  
(Se menor de idade, deve ser assinado pelo responsável legal)

### ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS:

|                                   |  |                                   |  |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| _____<br>Assinatura 1ª testemunha |  | _____<br>Assinatura 2ª testemunha |  |
| Nome legível 1ª Testemunha:       |  | RG:                               |  |
| Nome legível 2ª Testemunha:       |  | RG:                               |  |